

Reinhold Kerbl, Karl Reiter, Lucas Wessel

Referenz Pädiatrie

Ophthalmologie > Rotes Auge

Martina Brandner

Rotes Auge

Martina Brandner

Steckbrief

Das rote Auge ist ein unspezifisches Krankheitszeichen, das auf eine vermehrte Durchblutung konjunktivaler, episkleraler bzw. skleraler Gefäße hinweist. Ursachen dieser Hyperämie sind vielfältig und können auf unterschiedliche Arten von Entzündungen, Immunreaktionen, Gefäßerkrankungen oder Verletzungen hindeuten.

Synonyme

Hyperämie, konjunktivale Injektion, red eye, conjunctival injection

Keywords

Hyposphagma, Episkleritis, Keratitis, Iridozyklitis, Skleritis, Myositis, allergische Konjunktivitis, Blepharitis, Steven-Johnson-Syndrom, virale Konjunktivitis, bakterielle Konjunktivitis

Definition

Das rote Auge entsteht durch eine Hyperämie, deren Ursachen vielfältig sind. Die verstärkte Durchblutung kann akut innerhalb von wenigen Minuten bis Stunden oder chronisch über Wochen bis Monate entstehen. Es werden infektiöse und nichtinfektiöse Ursachen unterschieden. Wichtige Hinweise über die Genese der Rötung geben spezifische Symptome und die Dauer der Erkrankung.

Epidemiologie

Häufigkeit

- häufige Erkrankung

Altersgipfel

- in jedem Lebensalter möglich

Geschlechtsverteilung

- nicht geschlechtsspezifisch

Prädisponierende Faktoren

Prädisponierende Faktoren umfassen:

- vaginale Geburt
- Schmierinfektion
- Allergien

- Trauma

Einteilung und Erscheinungsformen

Einteilung und Erscheinungsformen des roten Auges gibt Abb. 356.1 wieder.

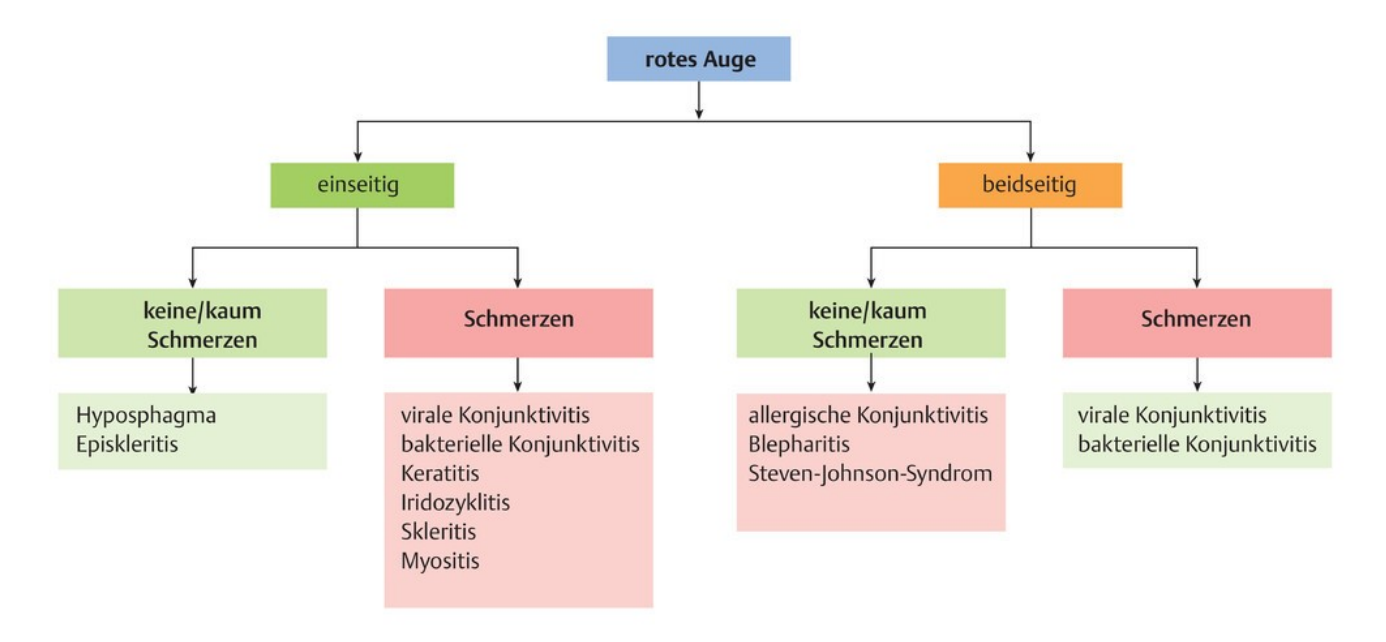


Abb. 356.1 Rotes Auge.

Häufige Ursachen des roten Auges im Kindes- und Jugendalter.

Symptomatik

Je nach zugrunde liegender Ursache liegen einseitig oder beidseitig folgende Symptome vor:

- konjunktivale, episklerale oder sklerale Injektion
- Schmerzen
- Sekretion
- Epiphora
- Sehverschlechterung

Diagnostik

Diagnostisches Vorgehen

Der gezielten Diagnostik und Therapie geht eine strukturierte Anamnese voraus.

Anamnese

Anamnestisch zu erfragen sind:

- Beginn
- Dauer
- einseitige oder beidseitige Ausprägung
- Sehverschlechterung
- Schmerzen
- Allgemeinerkrankungen
- saisonales Auftreten
- Kontaktlinsenassoziation

Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung umfasst:

- Inspektion der Lider
- Inspektion der Bindehaut

- Inspektion der Hornhaut (evtl. Fluoreszeinfärbung)
- Ektropionieren (subtarsaler Fremdkörper?)
- Visusprüfung
- Augenmotilität (Schmerzen? Einschränkung?)

Differenzialdiagnosen

Die Differenzialdiagnosen des roten Auges sind in Tab. 356.1 aufgeführt.

Tab. 356.1 Differenzialdiagnosen des roten Auges.

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz*)	Richtungsweisende Diagnostik/Befunde/ zusätzliche Leitsymptome	Sicherung der Diagnose
Bakterielle Konjunktivitis	akuter Beginn, Fremdkörpergefühl, Brennen, eitrige Sekretion, verklebte Lider, meist beidseitig, Lymphadenopathie fehlt meist	klinische Diagnose, mukopurulentes Sekret, subtarsale Papillen, in schweren Fällen Bindehautabstrich
Keratokonjunktivitis epidemica (hoch ansteckend)	Juckreiz, Epiphora, ausgeprägte konjunktivale Hyperämie, Lidödem, Pseudomembranen, beginnt einseitig, Ansteckung des zweiten Auges durch Schmierinfektion, Lymphadenopathie	klinische Diagnose, wässriges Sekret, subtarsale Follikel
Allergische Konjunktivitis	akute oder subakute Rötung, Juckreiz, Epiphora, Chemose, Lidschwellung, saisonal, beidseitig	klinische Diagnose, Allergieanamnese
Kerato-/Konjunktivitis Herpes simplex (Abb. 356.2)	Rötung, Photophobie, Tränen, Schmerzen, Sehverschlechterung, Fieberblase	klinische Diagnose, Keratitis mit typischen Dentritikabäumchen
Iridozyklitis (Abb. 356.3)	akute unilaterale Schmerzen, Photophobie, Epiphora, Rötung, Sehverschlechterung	klinische Diagnose, Anamnese bezüglich Juveniler idiopathischer Arthritis, HLA-B27-positiv
Blepharitis	harte Schuppen am Lidrand (Staphylokokken), fettige Schuppen am Lidrand (seborrhoisch), Hyperämie, trockenes Auge, Lidschwellung	klinische Diagnose
Hyposphagma (Abb. 356.4)	unilateral, schmerzlos, umschriebene Unterblutung der Bindehaut, plötzlicher Beginn, keine Entzündungszeichen	klinische Diagnose
Episkleritis (Abb. 356.5)	plötzlicher Beginn, sektorförmige Rötung, hyperämische episklerale Gefäße, häufig Lidspaltenregion, Missempfinden, keine Schmerzen	klinische Diagnose, Bindehaut über Veränderung verschieblich, Phenylephrin-2,5%-Tropfen verengen episklerale Gefäße
Skleritis	allmählicher Beginn, generalisierte oder auf Quadranten beschränkte Rötung, hyperämische episklerale und sklerale Gefäße, Schmerzen, Sehverschlechterung	klinische Diagnose, Bindehaut über Veränderung nicht verschieblich, keine Verengung der skleralen Gefäße auf Phenylephrin-2,5%-Tropfen
Myositis	konjunktivale Injektion über betroffenem Augenmuskel, Chemose, Schmerzen, Motilitätseinschränkung, Doppelbilder	klinische Diagnose, Ultraschall, MRT orbitae
Verletzung/Fremdkörper (Abb. 356.6)	Rötung, Fremdkörpergefühl, Epiphora, geringe Sehstörung	klinische Diagnose
Steven-Johnson-Syndrom	akuter Beginn, Fieber, hämorrhagische Krusten am Lidrand, starke Hyperämie, Hämorrhagien, Blasen, Keratopathie	klinische Diagnose, Schleimhautbeteiligung (Lippen, Nase, Oropharynx, Genitalien), kleine purpurne vesikuläre oder nekrotische Läsionen der Haut (Extremitäten, Gesicht, Rumpf), Blutbild, Serumelektrolyte

*Klinische Relevanz ist nicht immer gleichbedeutend mit Häufigkeit. Auch seltene Differenzialdiagnosen können klinisch sehr relevant sein.

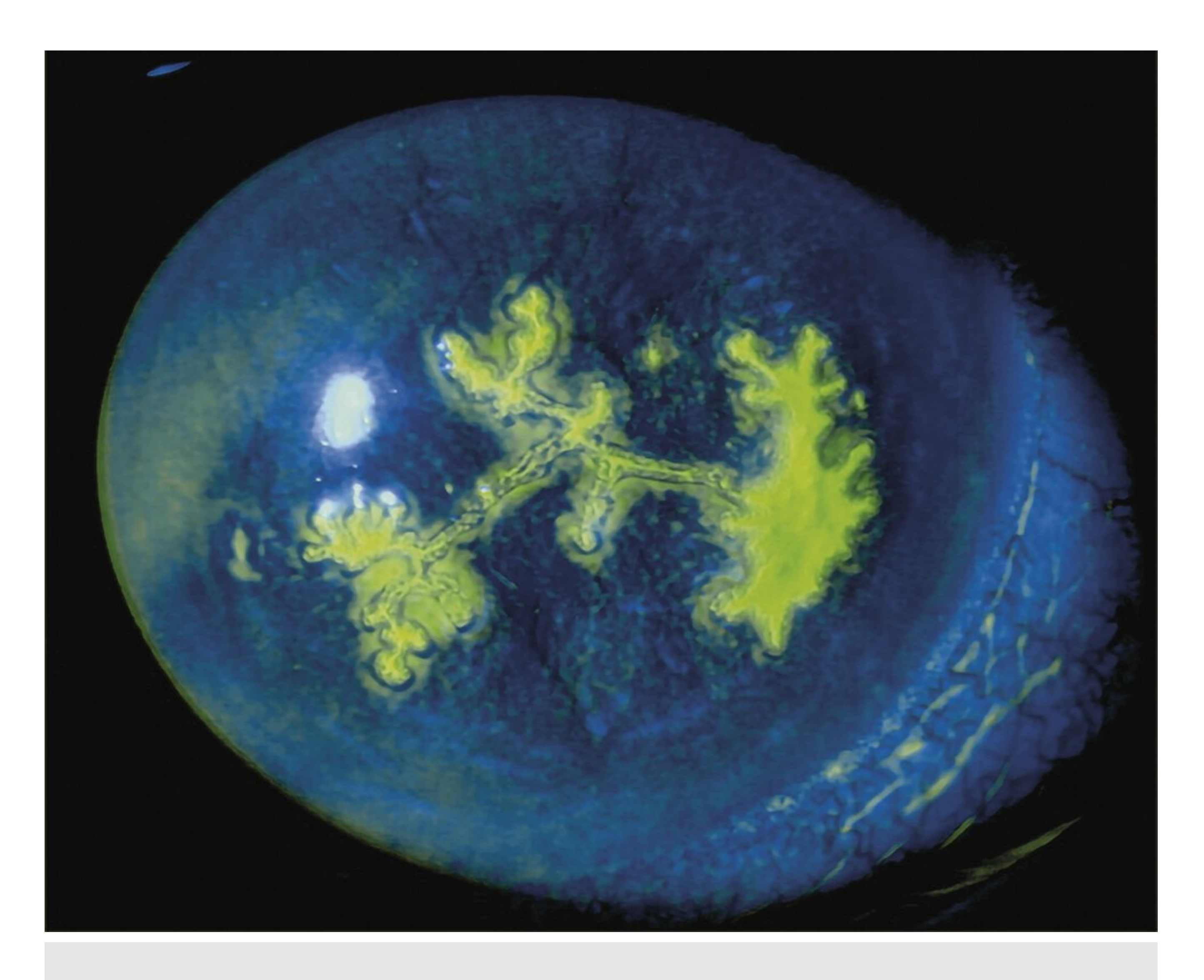


Abb. 356.2 Herpes-simplex-Keratitis.

Mit Fluoreszein anfärbbare bäumchenartige Ulzerationen des Hornhautepithels.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

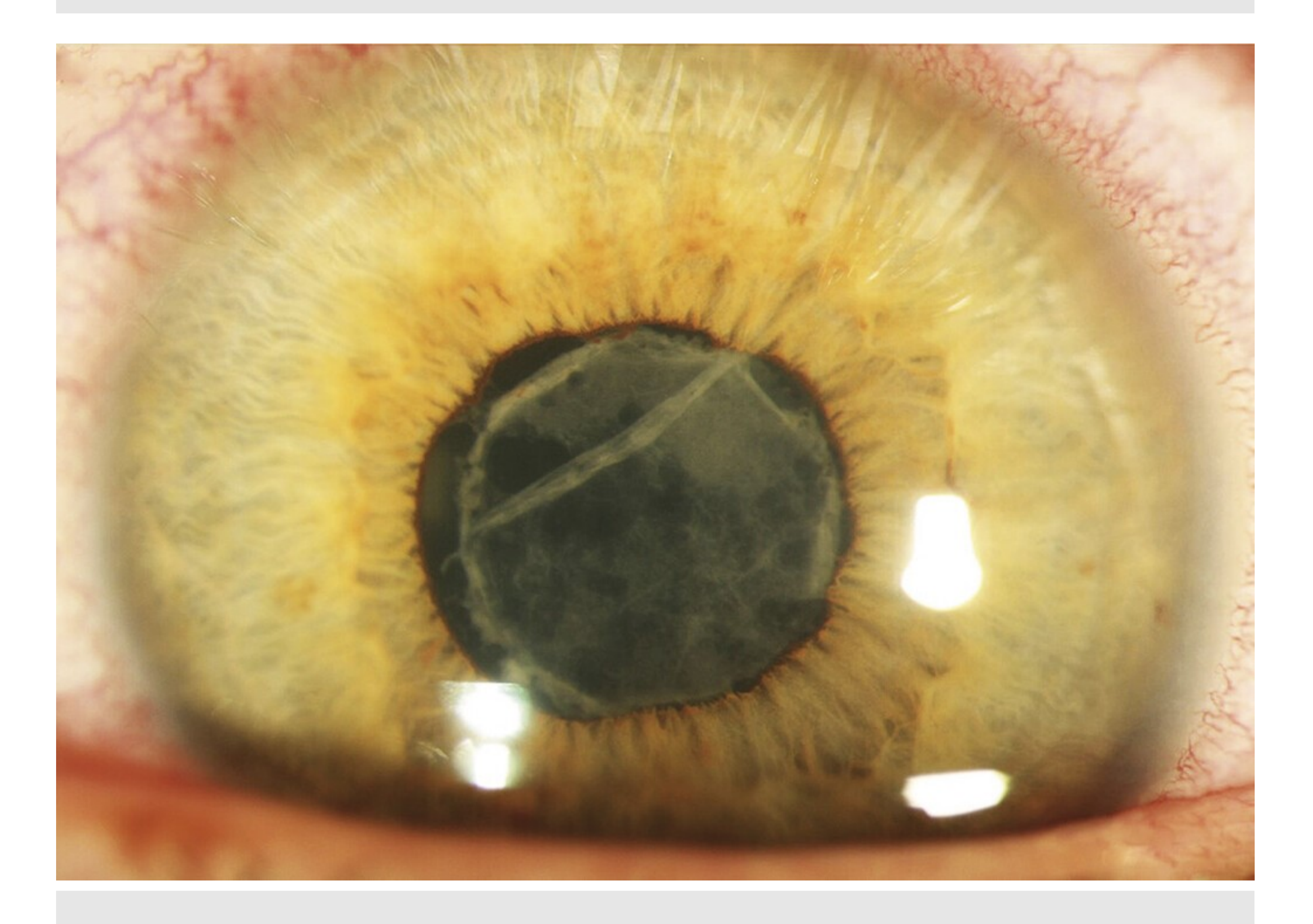


Abb. 356.3 Iridozyklitis.

Konjunktivale und ziliare Injektion, Hornhauthinterwandbeschläge, hintere Synechien und Fibrinmembran bei Iridozyklitis.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

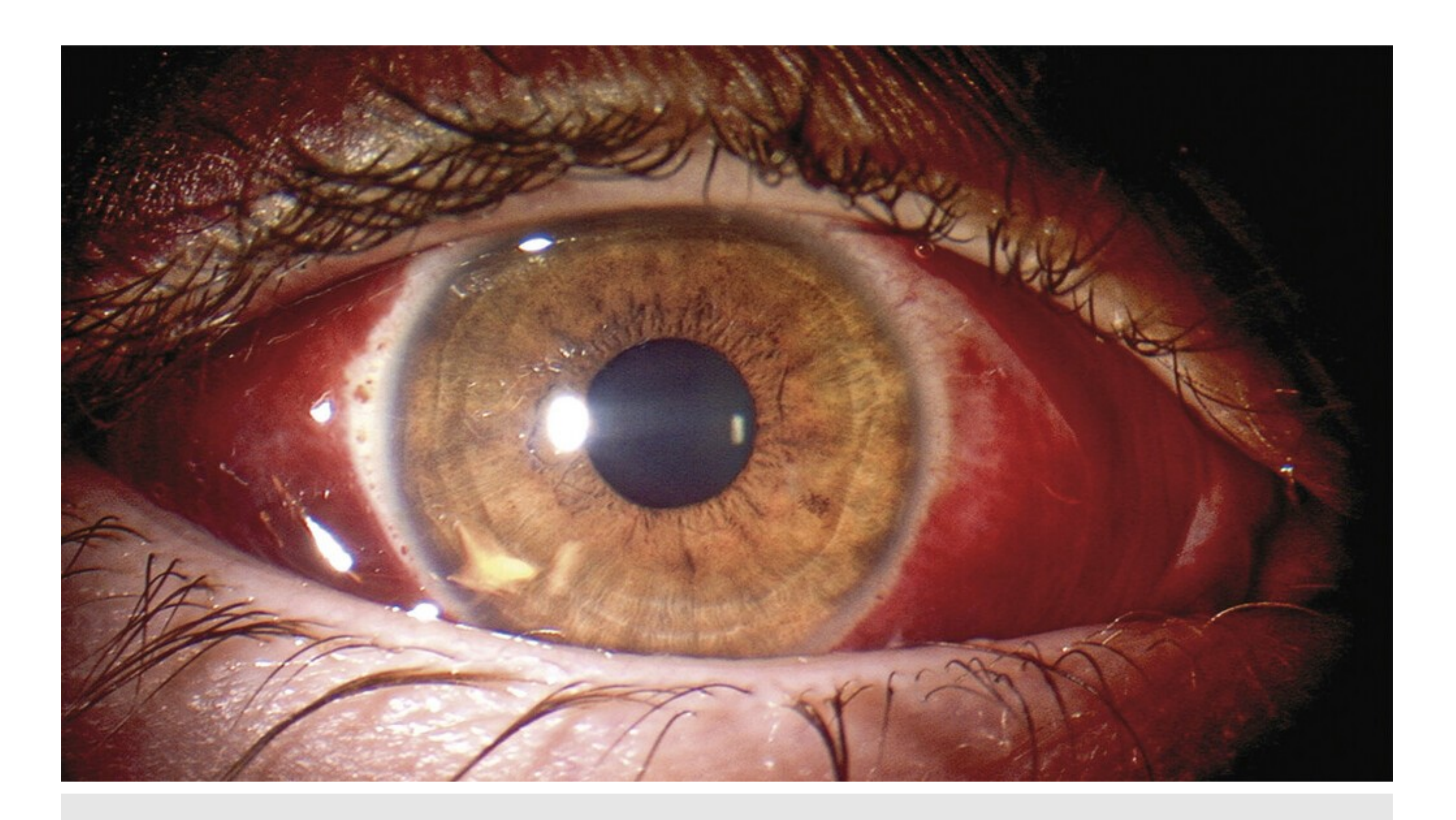


Abb. 356.4 Hyposphagma.

Spontan aufgetretene subkonjunktivale Blutung.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

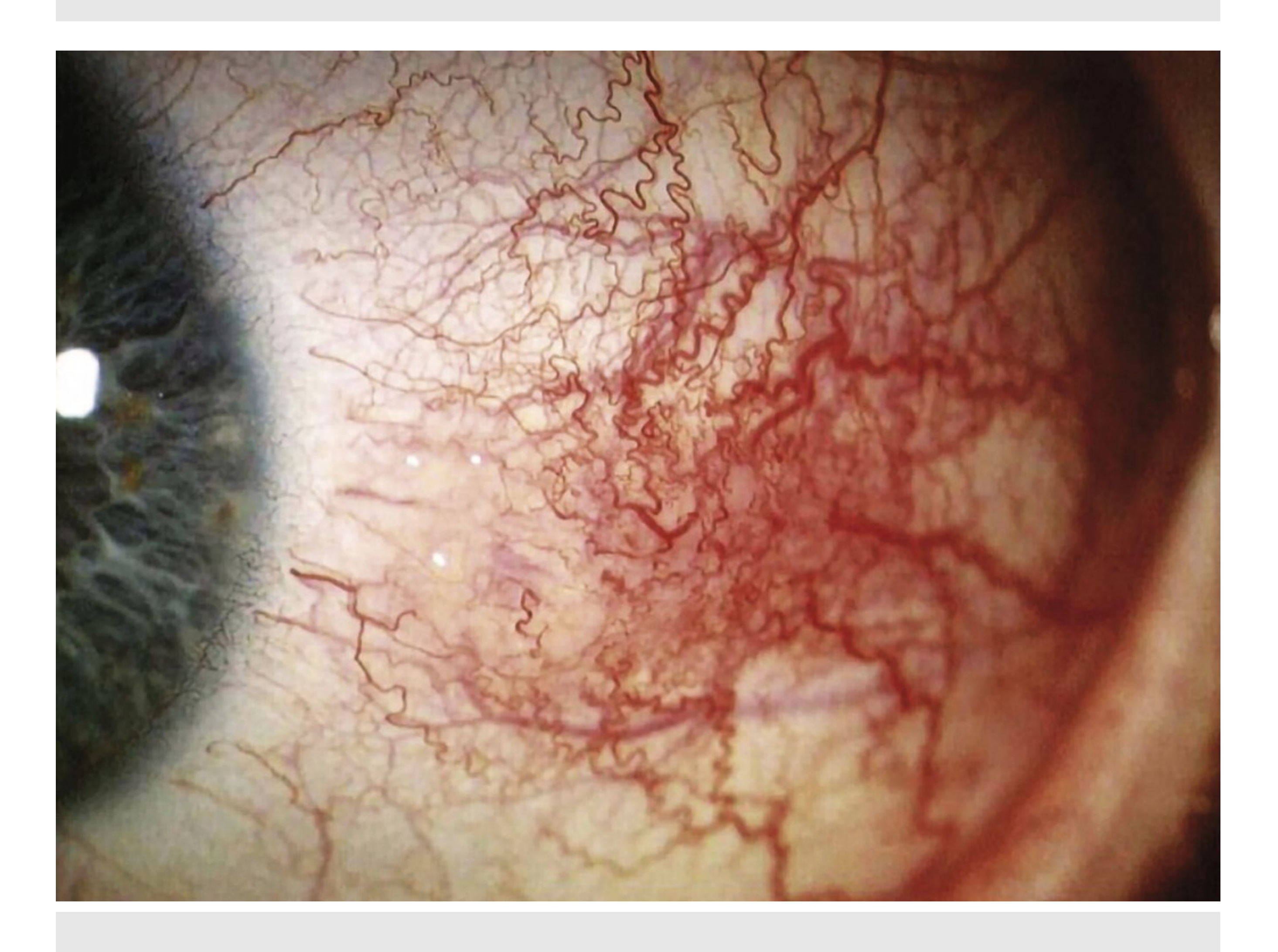


Abb. 356.5 Episkleritis.

Sektorförmige Erweiterung der oberflächlichen episkleralen Gefäße.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

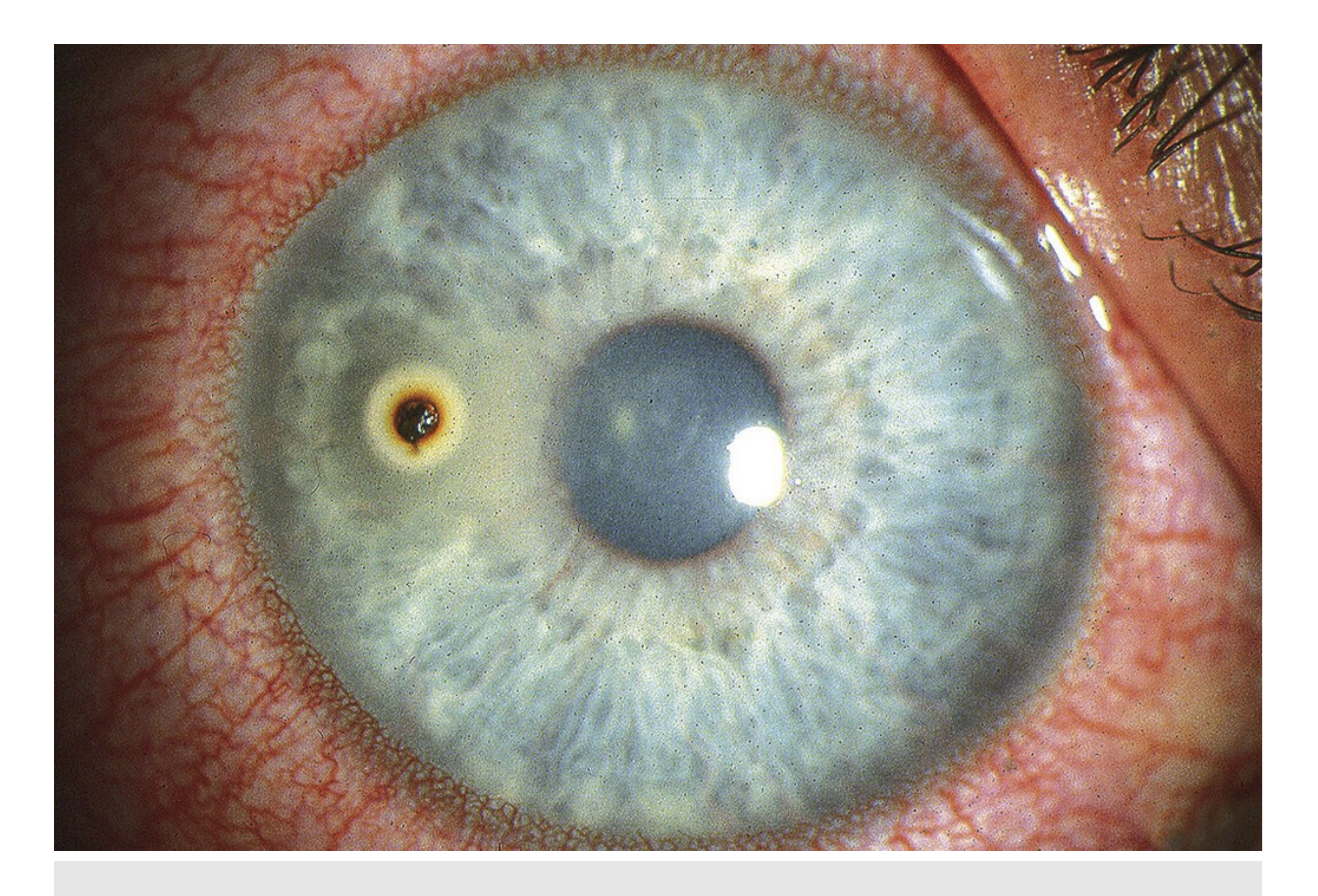


Abb. 356.6 Hornhautfremdkörper.

Metallischer Hornhautfremdkörper mit umgebendem Rosthof und konjunktivaler Hyperämie.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

Literatur

Quellenangaben

- [1] Castano G. “My baby´s got a red eye, doctor”. In: Taylor S, Hoyt C, eds. Pediatric Ophthalmology and Strabismus, Churchill Livingstone: Elsevier; 2016: 957–959
- [2] Thiel HJ. Rotes und trockenes Auge. In: Kampik A, Grehn F, Hrsg. Augenärztliche Differentialdiagnose: Stuttgart: Thieme; 2008: 62–73

Quelle:

Brandner M. Rotes Auge. In: Kerbl R, Reiter K, Wessel L, Hrsg. Referenz Pädiatrie. Version 1.0. Stuttgart: Thieme; 2024.

Shortlink: https://eref.thieme.de/1ZLI5P1S